

SOLICITUDE DE COLABORACIÓN NAS PROBAS DE ACCESO Á UNIVERSIDADE 2015
DATOS DO/A SOLICITANTE:

Apellidos

Nome

Corpo/escala ou categoría laboral :

Posto de traballo :

Ext.teléfono	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Tfno. móbil :	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Correo electrónico:	<input type="text"/>
---------------------	----------------------

SOLICITA COLABORAR COAS COMISIÓNS DELEGADAS COMO :

	Riscar			Localidade	
Persoal de Administración, con experiencia :	<input type="checkbox"/>	xuño	<input type="checkbox"/>	1º	<input type="text"/>
		setembro	<input type="checkbox"/>	2º	<input type="text"/>
Persoal de Administración, sen experiencia :	<input type="checkbox"/>	xuño	<input type="checkbox"/>	1º	<input type="text"/>
		setembro	<input type="checkbox"/>	2º	<input type="text"/>
Persoal de Conserxaría :	<input type="checkbox"/>	xuño	<input type="checkbox"/>	1º	<input type="text"/>
		setembro	<input type="checkbox"/>	2º	<input type="text"/>

AUTORIZACIÓN DA PERSOA RESPONSABLE DO CENTRO / UNIDADE:

Apellidos

Nome

Cargo que ocupa

Centro / Unidade

Logo de examinar a solicitude e o interese para o servizo, emito o informe sobre a asistencia á actividade formativa que solicita:

Favorable	<input type="checkbox"/>
Desfavorable	<input type="checkbox"/>

Lugar e data:

Asdo.:

(Sinatura da persoa e selo do órgano que informa)